

INTESTAZIONE DEL PRESTATORE

Spett.le **Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale**
Santobono – Pausilipon
Via Teresa Ravaschieri n.8 – 80122 Napoli
C. F./P. I. – 06854100630

Ricevuta n. del

	IMPORTO
COMPENSO LORDO	<input type="text"/> €
Ritenuta Acconto%	<input type="text"/> -€
Se iscritto alla gestione separata I.N.P.S: (1/3 del 33,72%)*	<input type="text"/> -€
Se iscritto ad altra gestione (1/3 del 24,00%)*	<input type="text"/> -€
RIMBORSO SPESE	<input type="text"/> €
TOTALE	<input type="text"/> €

***da compilare IN ALTERNATIVA solo in caso di superamento di Euro 5000,00 lordi annui**

Dettaglio spese:

Spese di trasporto (allegare giustificativi di spesa in originale)	
Treno <input type="text"/>	Autobus <input type="text"/>
Aereo <input type="text"/>	Taxi <input type="text"/>
Auto <input type="text"/>	Km. Percorsi <input type="text"/> Pedaggio autostradale <input type="text"/>
Pasti <input type="text"/>	Pernottamento <input type="text"/>
Data <input type="text"/>	In fede (firma) _____

Marca da bollo da 2€ in caso di importo superiore a 77,47 €

PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE

Verificata la regolarità amministrativa e contabile della richiesta, si attesta che nulla osta alla liquidazione, secondo le dichiarazioni in ambito fiscale e previdenziale ivi rese, dei seguenti importi:

Totale onorari	Euro _____
Rimborso spese	Euro _____

Firma del Responsabile
